FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Année 1926* N°

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PICARD Noël

né le 1er Juin 1898, à Bolbec (Seine-Inférieure)

# MAL de POTT et TRAUMATISMES

*Président de Thèse* : M. BESANÇON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1926

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie... : | NICOLAS. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBE. |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECENE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | PRENANT. |
| Pharmacologie et matière médicale | N... |
| Thérapeutique | CARNOT. |
| Hygiène | Léon BERNARD. |
| Médecine légale | BALTHASARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MENETRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | GILBERT.<br>BESANÇON.<br>ACHARD.<br>WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBECOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN.<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBREDANNE. |
| Clinique thérapeuthique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeptique chirurgicale | DUVAL |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeur sans chaire | ROUVIÈRE. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI..... | Pathologie médicale. |
| AGLAVE..... | Pothologie chirurgicale |
| AUBERTIN..... | Patothologie médicale. |
| B SSET..... | Pathologie dhirurgicale |
| BAUDOUIN..... | Pathologie médicale. |
| BINET..... | Physiologie. |
| BLANCHETIÉRE | Chimie bio'ogique. |
| BBANCA..... | Histologie. |
| BRULÉ..... | Pathologie médicale. |
| BUSQUET..... | Pharmacologie et matière médicale. |
| CADENAT..... | Pathologie chirurgicale |
| CHIAMPY..... | Histologie. |
| CHRAY..... | Pathologie médicale. |
| CLERC..... | |
| DEBRE..... | Hygiène. |
| I. de JONG..... | Anatomie pathologique. |
| DUVOIR..... | Médecine légale. |
| ECALLE..... | Obstétrique. |
| FIEISSINGER.. | Pathologie médicale. |
| FOIX..... | |
| GARNIER..... | Hathologie expériment. |
| HARVIER..... | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER.. | Urologie. |

| MM, | |
|---|---|
| HOVELACQUS.. | Anatomie. |
| JOYEUX..... | Parasitologie. |
| LABBE (Henri). | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS.. | Pathologie chirurgicale |
| LE LORIER.... | Obstétrique. |
| LEMAITRE..... | Oto-ahino-laryngologie. |
| N..... | Pathologie médicale. |
| LÉVY-SOLAL... | Obstétrique. |
| LHERMITTE.... | Pathologie mentale. |
| LIAN..... | Pathologie médicale. |
| MATHIEU..... | Pathologie chiturgicale |
| METZGER..... | Obstétrique. |
| MOCQUOT..... | Pathologie chirurgicale |
| MONDOR..... | |
| MOURE..... | |
| MULON..... | Histologie. |
| PHILIBERT..... | Bactériologie. |
| RIBIERRE..... | Pathologie médicale. |
| RICHET, fils.... | Physiolohie, |
| TANON..... | Pathologie médicale. |
| VAUDESCAL.... | Obstétrique. |
| VERNE..... | Histologie. |
| VILLARET..... | Paihologie médicole. |

## III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

**pour le service des examens**

| MM | |
|---|---|
| COUGEROT..... | Pathologie médicale. |
| GUENIOT..... | Obstétrique. |

| MM. | |
|---|---|
| RETERRER..... | Histologie. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

**à titre permanent**

| MM. | |
|---|---|
| AUVRAY..... | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU..... | |
| LAIGNEL-LAVASTINE . | Clinique médicale. |
| LEREBOULLET.. | Clinique médicale infantile. |

| MM. | |
|---|---|
| LERI..... | Clinique mécicale. |
| LŒPER..... | |
| PROUST..... | Clinique chirurgicale. |
| N..... | Clinipue médicale. |
| SCHMARTZ..... | Clinique chirurgicale· |

## V. — CHARGES DE COURS

| | |
|---|---|
| M. MAUCLAIRE..... | Chargé du cours de chimie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adnltes. |
| FREY..... | Stomalogie. |
| CHAILLEY-BERT..... | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD..... | Radiologie clinique. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

---

A MADAME VARNIER

---

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNON

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOISEL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de clinique médicale à la

Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

# AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous tenons à remercier les Maîtres qui nous ont instruit dans les Hôpitaux de Rouen et de Paris.

Notre reconnaissance va tout d'abord à Monsieur le Professeur Brunon qui voulut bien nous accueillir dans son service de l'Hôtel Dieu.

Déjà, nous avons eu maintes fois l'occasion de récolter les fruits de la philosophie médicale qu'il semait, inlassablement.

Le souvenir est encore très vivant, des leçons-cliniques du samedi. Et souvent, elles laissaient la pathologie pour s'élever bien au-dessus d'elle !

Envers Monsieur le Professeur Jeanne, qui nous donna le sujet de cette thèse, notre reconnaissance n'est pas seulement celle de l'élève envers le Maître ayant guidé ses premiers pas à travers les sentiers arides de la chirurgie; c'est surtout le souvenir d'un passé récent, où une échéance terrible fut reculée, par une main habile et généreuse.

Nous tenons aussi à remercier Monsieur le Docteur Loisel, qui mit à notre disposition deux observations, véritables piliers d'angle de notre travail.

Enfin, nous exprimons notre gratitude à Monsieur le Professeur Bezançon, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider aujourd'hui notre thèse

# INTRODUCTION

La question de la tuberculose osseuse, de ses *rapports* avec les traumatismes, revient périodiquement à l'école du jour.

Elle doit son importance aux conclusions qu'on en peut tirer au point de vue médico-légal.

Lorsqu'une question conserve ainsi, à travers les années, malgré les discussions les plus passionnées, les avis contradictoires, une telle « jeunesse », on peut conclure qu'elle est loin de se trouver résolue.

Notre prétention ne sera donc pas de la résoudre, mais nous pensons faire œuvre utile en reprenant l'historique des faits cliniques et expérimentaux, des successives conceptions qui se firent jour, et surtout en montrant l'extrême perspicacité dont doit faire preuve le médecin en présence de certains accidents du travail.

L'intérêt de la question est considérable; beaucoup de malades rapportent à un traumatisme une localisation tuberculeuse.

Le plus souvent, il s'agit d'une localisation ostéo-articulaire ou simplement osseuse. Dans quelles conditions les intéressés peuvent-ils profiter des dispositions des lois de 1898 et 1902 ?

Il faut avouer que, souvent, ils bénéficient du *doute clinique,* doute que l'expérimentation, loin de dissiper n'a fait qu'augmenter, depuis les travaux de Schüller.

Nous ferons d'abord l'exposé des faits expérimentaux. Et nous discuterons trois observations typiques où l'influence du traumatisme, ou même d'un simple mouvement anormal, si elle a été indiscutable quant à la *révélation* du mal de Pott, et — dans le troisième cas à l'*aggravation* — s'est montrée absolument nulle quant à la *localisation* des lésions.

# Exposé des Faits Expérimentaux

## Leur interprétation

Depuis longtemps, les traumatismes fermés, tels que les contusions violentes, sont considérés comme des facteurs importants de l'étiologie et du développement des tuberculoses locales.

Avant même la découverte du bacille par Koch, on attendait beaucoup de l'expérimentation.

Nous ne citerons que pour mémoire les observations publiées par Lebert en 1878, sur des cas de « phtisie traumatique ».

La découverte de l'agent pathogène en 1884 ramène à ses justes proportions la part du traumatisme dans la tuberculose pulmonaire.

Le rapport de *Cunéo et Jeanbran* (Liège 1905), marque une étape importante dans l'étude des rapports du traumatisme et de la tuberculose osseuse.

A quel stade en était la question ?

Après *Max Schüller,* nombre d'auteurs s'étaient livrés à des recherches expérimentales.

Cependant, il fut le premier à les tenter — dans de mauvaises conditions, il est vrai : il injectait dans la trachée de divers animaux (cobayes, lapins), des crachats de tuberculeux, des débris anatomiques. En même temps, plusieurs articulations étaient traumatisées.

Max Schüller obtenait des arthrites suppurées à marche rapide. Il s'agissait simplement de localisations articulaires de la septico-pyohémie, dues à l'inoculation

de produits impurs, et non pas de véritables tumeurs blanches.

*Von Krause,* dix ans plus tard, reprend les expériences de Max Schüller, mais en utilisant les cultures pures de bacilles de Koch. Il inocule les cobayes sous la peau, et les lapins dans le péritoine. Puis il contusionne ces animaux, provoque des entorses, des fractures. Plusieurs meurent de tuberculose miliaire, trois à sept semaines après le traumatisme.

Certains, ceux qui avaient subi des entorses, présentent des lésions de tuberculose synoviale dans la proportion de 34 % pour les lapins et de 50 % pour les cobayes. Il ne s'agissait que de foyers chez des animaux granuliques.

Les premières recherches expérimentales véritablement probantes sont celles de *Lannelongue et Achard.* Ces auteurs ont varié les conditions de leurs expériences « dans des limites telles qu'on ne peut faire aucune objection à leurs résultats ».

Les animaux ne présentèrent jamais ni tumeur blanche, ni carie osseuse. En opérant dans les mêmes conditions que Max Schüller, Lannelongue et Achard obtinrent les mêmes résultats que lui.

Ce qui prouverait que l'injection du sang, à l'instant même du traumatisme, est une condition favorable à la localisation du bacille; d'autre part, l'impureté du produit inoculé favorise la localisation du germe dans le foyer traumatique.

En 1899, Friedrich reprenant des expériences analogues, mais avec des cultures atténuées, arrive à cette conclusion que les foyers ne se développent jamais dans les points contusionnés ou tordus, mais dans des régions indemnes de tout traumatisme. (Courmont et

Dor avaient démontré en 1891, que la virulence atténuée du bacille était une condition favorable à la localisation ostéo articulaire des lésions).

En 1900, Honsell concluait dans le même sens que Friedrich : « Le traumatisme n'a aucune influence sur la localisation de la tuberculose ostéo-articulaire ».

Puis *Petron* arrive à des conclusions intéressantes également.

Il prouve, ce qu'on savait déjà, que la présence de bacilles de la tuberculose *peut* ne s'accompagner d'aucune réaction et évoluer, du moins pendant un certain temps, sans se traduire par des signes cliniques appréciables.

Dans une seconde série d'expériences, il prouve le rôle *aggravateur* du traumatisme lorsqu'une articulation est le siège de lésions bacillaires latentes. Le *cartilage* et le tissu *osseux* sont envahis en cas de traumatisme. Dans sa troisième série de recherches, il a voulu montrer le rôle localisateur du traumatisme chez les animaux inoculés.

Pour cela, il sacrifie ses lapins trois mois et demi après l'injection, afin d'éviter les arthrites bacillaires multiples qui se produisent spontanément au 4e mois, masquant ainsi la localisation. Il constate alors que la fréquence des arthrites tuberculeuses est d'autant plus grande que le traumatisme, fait quelques heures après l'injection de l'animal par voie sanguine, est plus grave.

Les expériences de *Salvia,* en 1904, nous intéressent plus particulièrement. Cet auteur, au lieu de produire un traumatisme unique, violent, pratiquait tous les jours à la même heure, de petites percussions sur le thorax, les genoux, de lapins inoculés préalablement au niveau de la veine marginale de l'oreille. Les ani-

maux étaient sacrifiés deux ou trois mois après l'inoculation. Dans presque tous les cas, Salvia a obtenu des localisations tuberculeuses sur les côtes. Mais jamais de tumeur blanche au niveau des genoux.

Plus récentes sont les expériences de Ribera Y Sanz (1911). Elles furent effectuées dans des conditions extrêmement variées et amenèrent leur auteur aux conclusions suivantes :

1° Les injections intra-veineuses, intra-péritonéales ou sous-cutanées d'une culture pure de bacilles de Koch. n'engendrent pas la tuberculose de l'articulation qui a subi un traumatisme.

Tous les résultats, à ce point de vue, ont été négatifs chez les lapins et les cobayes.

2° L'injection intra-articulaire faite en même temps qu'un traumatisme n'a donné aucun résultat.

3° L'injection sous-cutanée ou intra-péritonéale d'une culture de bacilles de Koch associée à une culture de staphylocoques reste sans effet sur l'articulation fémoro-tibiale traumatisée; par contre, ganglions et poumons se tuberculisent.

4° L'injection intra-articulaire d'une culture de bacilles de Koch ne produit aucun trouble; celle d'une culture de staphylocoques détermine des abcès articulaires.

5° L'injection intra-veineuse d'une culture de bacilles de Koch et de staphylocoques produit une arthrite intense avec grands abcès enfermant les deux germes.

6° L'injection intra-vasculaire de bacilles de Koch et de staphylocoques ne produit aucun trouble dans les articulations traumatisées.

Nous ne pensons pas que depuis cette époque, d'autres auteurs aient pu, par l'expérimentation, apporter d'éléments nouveaux en vue de la solution de la question.

Quelle interprétation pouvons-nous donner de ces faits expérimentaux ? On pourrait facilement en conclure que le traumatisme n'exerce aucune influence sur la localisation tuberculeuse.

Le plus souvent, en effet, les expériences se sont montrées négatives. Cependant, certaines conclusions de Ribera Y Sanz ne laissent pas d'être assez troublantes. Il en est de même des hypothèses que cet auteur émet :

« Dans la tumeur blanche, dit-il, les lésions tuberculeuses sont *osseuses*, dans l'immense majorité des cas.

« Ce fait clinique a son explication expérimentale; la tuberculose articulaire, comme on l'a vu, est difficile à obtenir; en échange la tuberculose osseuse est fréquente; la synoviale se défend; inutile d'entrer dans l'analyse du mécanisme; puisque nous nous limitons à relater les faits; les séreuses articulaires ont un pouvoir énorme de défense. »

Pour étayer cette explication, l'auteur pense que le bacille de Koch a une prédilection pour la moëlle osseuse, qui se tuberculise par les procédés d'inoculation, car elle est inoculable, en donnant lieu à une tuberculose expérimentale, alors même qu'il n'existe pas de lésions dans les tissus employés pour l'inoculation; cela démontre que la moëlle osseuse ne serait qu'*un dépôt* de bacilles de Koch.

Il est aussi démontré que, dans l'os, le siège de prédilection du bacille tuberculeux est l'épiphyse ou, pour mieux dire, le *tissu spongieux.*

Voici comment Ribera Y Sanz explique la production de lésions osseuses post-traumatiques :

« Il y a dans l'organisme des foyers, tels que les gan-

glions lymphatiques qui collectent les micro-organismes. Rien n'est plus facile à comprendre que leur migration à travers les os, où ils s'emmagasinent sans donner naissance à aucun trouble.

Le jour où un traumatisme, *para-articulaire*, avec toute la séquelle inhérente au fait traumatique, réalise pour les germes qui dorment là, indifférents, toutes les conditions nécessaires, une partie de ceux-ci réveillent leur vitalité, qui se manifestera en détruisant les conditions qui les avaient maintenus en échec. La résistance du tissu qui empêchait leur évolution est détruite; ils entrent en activité, évoluent et de cette façon, donnent origine au développement de lésions tuberculeuses qui, sans le traumatisme accidentel, ne s'observeraient pas dans le plus grand nombre de cas. »

Ribera Y Sanz échafaude donc toute son explication sur ce fait que les bacilles passent très facilement des ganglions dans la moëlle osseuse, où ils demeurent inactifs aussi longtemps que les conditions de circulation et de vie sont normales; le traumatisme agirait comme *modificateur* de ces conditions.

Avec la disparition des défenses locales, apparaîtrait la virulence du bacille, producteur de lésions osseuses.

Quant à Lannelongue et Achard, ils concluent qu'il n'y a pas, en règle générale, chez l'homme, relation entre la production de la tuberculose et l'accident.

En résumé, l'expérimentation n'a pu établir de façon formelle, la possibilité d'une localisation osseuse tuberculeuse à la suite d'un traumatisme.

# OBSERVATIONS INÉDITES

S'il est difficile de reconnaître au traumatisme un rôle *localisateur,* on ne peut lui refuser, dans de nombreux cas, un rôle *aggravateur;* cependant, la détermination de la valeur de cette aggravation est souvent rendue délicate.

Les trois observations que nous publions montrent bien sur quels points devra s'exercer la perspicacité de l'expert.

L'extrême insidiosité du mal de Pott, la lenteur de son évolution ajoutent aux difficultés; par le fait que la tuberculose du rachis surprend le plus souvent le malade — et le clinicien — par une de ses complications, elle se trouve, dans de nombreux cas, rapportée à un accident du travail.

## OBSERVATION N° I

(Dr Jeanne)

Le malade A...., âgé de 17 ans, qui est voilier (1), avait coutume de sauter souvent du bateau sur des radeaux de hauteurs différentes.

Le 9 novembre 1925, vers 10 h. 1/2, il saute comme d'habitude d'une hauteur de trois mètres environ. Aussitôt, il ressent une douleur dans la région lombaire. Puis il entre dans un état demi-syncopal.

La douleur se calme une demi-heure après ; à 11 h.1/2 une heure plus tard, il s'aperçoit, en reprenant la station debout, de la présence d'une petite tumeur dans la fosse iliaque droite. Il consulte un médecin qui conclut à une hernie d'effort. M. le Dr Loisel examine le malade que l'on transporte à l'Hospice.

*Examen du malade dans le service.* — On ne retrouve rien dans les antécédents héréditaires de A.... Par contre, on note, parmi les antécédents personnels, une pleurésie droite en 1922, qui retint le malade trois mois au lit. Pas de ponction.

*a) Examen local.* — On est frappé d'abord par une petite tumeur arrondie siégeant juste en-dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, à droite, juste en-dessous de l'arcade de Fallope.

Cette tumeur, de la grosseur d'une noix lorsqu'on examine le malade debout, diminue de volume lorsque le

(1) Voilier se dit.

malade est examiné dans le décubitus dorsal. Elle est alors du volume d'une amande.

Cette tumeur, facilement réductible, impulsive à la toux, est molle, rénitente; sa palpation n'est nullement douloureuse.

La percussion de la fosse iliaque droite donne de la submatité par rapport à la fosse iliaque gauche.

Par le palper bi-manuel, une main sur la tumeur, l'autre au-dessus, à cheval sur l'hypocondre et la fosse iliaque droite, on sent nettement de la fluctuation.

Cette fluctuation est due à la présence d'un abcès froid par congestion, d'origine pottique, abcès donnant de l'empâtement dans toute la fosse iliaque droite et ayant fusé à travers le grand oblique, jusque sous les téguments, à l'occasion peut-être, du saut de trois mètres de hauteur effectué par le malade, mais présent depuis longtemps, probablement, dans la gaine du proas.

Les orifices inguinal et crural sont indemnes et la localisation de la tumeur permet d'écarter l'hypothèse d'une hernie.

Du reste, le palper bi-manuel est suffisamment concluant. Une ponction faite au niveau de la tumeur ramène un pus nettement bacillaire, jaune verdâtre, sans grande odeur, bien lié. L'examen bactériologique de ce pus ne révèle la présence d'aucun microbe.

*b*) *Examen général* . — Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans, normalement constitué, au faciès un peu pâle.

L'auscultation des poumons révèle une diminution du murmure vésiculaire dans les deux-tiers inférieurs du poumon droit, avec une respiration un peu rude, saccadée au sommet droit.

L'examen radioscopique montre une teinte plus grise

dans l'ensemble du poumon droit. Les sommets s'éclairent bien.

Les ombres hilaires sont assez marquées des deux côtés.

Près de l'ombre cardiaque, on remarque, à droite et à gauche, deux tâches plus sombres, probablement des nodules crétacés anciens.

Le diaphragme gauche respire normalement; le sinus s'éclaire bien; à droite, au contraire, le diaphragme est déformé, festonné, à demi-bloqué, se déplaçant très peu avec les mouvements respiratoires. Le sinus reste sombre.

L'examen de la colonne vertébrale montre une angulation, avec saillie des vertèbres sous la peau, au niveau des deux ou trois premières vertèbres lombaires.

La palpation et la percussion de la colonne vertébrale n'est douloureuse en aucun point.

A noter également une légère scoliose à convexité droite, et dont le sommet répond aux premières vertèbres lombaires.

Lorsqu'on fait ramasser au malade un objet à terre, on voit que la colonne dorso-lombaire a perdu de sa souplesse et qu'elle se déplace en bloc sans que les vertèbres jouent les unes sur les autres.

c) *Examen du système nerveux.* — Les réflexes tendineux sont peut-être un peu vifs, légèrement exagérés aux membres inférieurs; mais on ne constate pas de clonus de la rotule, ni de trépidation épileptoïdale.

A signaler quelques cicatrices horizontales au-dessus des deux genoux, provenant d'une chute de bicyclette en 1924.

En présence des ces faits, la conclusion de l'expert M. le Dr V... est très ferme :

A... ne peut prétendre à une indemnité : l'extériorisation d'un abcès pottique, *immédiatement* après un « mouvement normal » ne constitue pas une *aggravation;* elle ne fait que *révéler* la tuberculose vertébrale.

---

## OBSERVATION N° II

(Dr Loisel)

(Cette observation constitue le pilier angulaire de notre travail; une discussion médico-légale complète l'observation clinique, et son exposé juridique complet nous paraîssent nécessaires.

*Exposé des faits.* — Le sieur H...., sujet suisse, âgé de vingt-quatre ans, exerce la profession de manœuvre. Il aurait été incorporé au régiment, mais réformé après un mois de service, pour faiblesse générale.

Le 21 juin 1923, il décharge des sacs de sel pour le compte de la société X..., à D...; d'après l'enquête « en portant un sac, à la suite d'un faux mouvement, la victime se plaint de ressentir une douleur aux reins ».

H... rentre chez lui puis se présente à quatorze heures au moment de la reprise du travail, déclarant ne pouvoir travailler.

Le Docteur G... voit le bessé le lendemain 22 juin, à 17 heures. Il délivre un certificat d'origine dans lequel il diagnostique une contusion de la région lombaire, avec distorsion de la colonne vertébrale; il signale éga-

lement comme infirmité préexistante une lordose, et conclut à une incapacité temporaire de douze jours.

H... est dirigé sur l'Hôpital pour y être traité.

C'est là que le 23 juin au soir, survient brusquement une paraplégie des membres inférieurs avec troubles des sphincters, vessie et rectum. En présence de ces accidents et après radiographie, le Dr L..., tenant compte des commémoratifs, porte le diagnostic de fracture de la première lombaire et pratique le 26 juin une laminectomie. A la suite de cette intervention, les manifestations paraplégigues disparaîssent assez rapidement.

Cette situation dure cinq à six semaines, mais le premier jour où il se lève, H... circule quelques instants; brusquement se produit la paralysie du membre inférieur gauche et du sphincter vésical; le blessé est immobilisé de nouveau pour obtenir la consolidation.

Le Dr G... et le Dr L... fournissent les 11 et 15 octobre un certificat conseillant un séjour de trois mois dans le midi.

Enfin, le 2 novembre, le Dr L... déclare, dans un certificat, que H... avait été soigné dans son service pour lésion traumatique du râchis, entraînant une incapacité permanente. Ce certificat fait ouvrir, le 23 novembre 1923, l'enquête du juge de paix.

H... déclare que l'incapacité de travail dont il est atteint a été provoqué par l'accident survenu le 21 juin 1923.

La compagnie d'assurances soutient qu'il n'y a pas eu fracture traumatique de la colonne vertébrale, mais que l'on a affaire à un *mal de Pott* latent jusqu'au 21 juin 1923, qui a été simplement révélé au cours du travail par un mouvement professionnel habituel.

Les trois experts font les déclarations suivantes :

*Examen du blessé.* — H... se présente à nous, marchant avec une certaine difficulté, se servant d'une canne et traînant la jambe gauche; son faciès est fatigué et amaigri.

Nous exminons tout d'abord la colonne vertébrale et constatons l'existence d'une cicatrice opératoire violacée occupant la région dorso-lombaire gauche, délimitant une sorte de volet qui permit, au cours de l'opération pratiquée par le Dr L..., d'aborder les lésions; il existe, d'autre part, une déformation de cette région constituée par la colonne vertébrale déviée surtout latéralement et ayant subit une torsion sur son axe, constituant une cypho-scoliose à convexité gauche sur une longueur de vingt centimètres environ; il existe de l'empâtement de cette région, sans œdème nettement caractérisé d'ailleurs; le blessé se tient légèrement incliné vers la gauche, les fausses-côtes correspondantes avoisinant la crête iliaque.

Les mouvements de la colonne vertébrale permettent de constater une raideur très marquée de toute cette portion déformée qui reste immobile; le mouvement de rotation est un peu plus accusé vers la droite que vers la gauche; les mouvements des membres inférieurs peuvent s'effectuer mais ils sont douloureux du côté gauche et la force musculaire est diminuée. De ce côté, il existe au niveau de la cuisse deux centimètres et demi d'atrophie et un centimètre au niveau du mollet; le réflexe rotulien est exagéré à droite; moins vif du côté gauche; il n'existe pas de Babinsky ni de trépidation épileptoïde; le réflexe abdominal est un peu diminué du côté gauche; nous n'avons pas constaté de trouble ap-

préciable de la sensibilité cutanée; la palpation des fosses iliaques ne permet pas de déceler des troubles intermittents de la vessie et du rectum; il serait obligé de se sonder de temps à autre et serait atteint de constipation; nous n'avons pas constaté de rétention vésicale; l'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal

*Discussion et diagnostic.* — 1° Il paraît certain qu'il est survenu chez H..., le 21 juin 1923, à 10 heures du matin, un événement brusque qui l'a contraint à interrompre son travail, et qui a été suivi, deux jours après de paralysie rapide des membres inférieurs et de troubles sphinctériens; le diagnostic porté à ce moment fut celui de fracture de la colonne vertébrale, diagnostic qui entraîna l'intervention du Dr L.... Actuellement l'existence d'une grosse déformation qui paraît intéresser les deux dernières vertèbres dorsales et les deux premières lombaires, le fait que nous observons une paralysie incomplète du membre inférieur gauche avec réflexes exagérés nous font penser à un mal de Pott, c'est-à-dire à une carie tuberculeuse des vertèbres; un diagnostic rétrospectif doit donc tout d'abord être effectué; y a-t-il, le 21 juin dernier, au cours du travail, eu traumatisme de la colonne vertébrale ou bien le mal de Pott existait-il déjà à cette date ?

Laissant de côté les fractures partielles des vertèbres résultant de l'arrachement d'une apophyse transverse par exemple, accidents légers le plus souvent, nous n'avons en vue que les fractures analogues à celle qui serait ici en cause et qui intéressent la vertèbre elle-même; or, voyons dans quelles conditions surviennent ces fractures; il s'agit d'un traumatisme grave : malade tombant d'un toit ou d'un train en marche, par exemple;

à la suite, le blessé perd généralement connaissance et la paralysie des membres s'installe dans les heures qui suivent l'accident; dans le cas de H..., rien d'analogue; cet homme portait ce jour-là, des sacs comme il en portait tous les jours; leur poids, très variable, atteignait quatre-vingt-dix kilos; celui qu'il portait au moment de l'accident était de cinquante kilos; il a pu marcher après l'accident, rentrer chez lui et se présenter de nouveau l'après-midi au début du travail; les phénomènes paralytiques ne survinrent que quarante-huit heures après. Ces signes ne plaident donc pas en faveur d'une fracture du rachis; mais nous avons également une pièce qui présente une importance capitale pour infirmer ce diagnostic. Il s'agit de deux épreuves radiographiques pratiquées à l'hôpital général de D... le 26 juin 1923 (quatre jours après l'accident). Ces photographies gagneraient à être plus soignées, mais elles permettent néanmoins de constater que de la onzième vertèbre dorsale à la troisième lombaire, les espaces intervertébraux, au lieu de présenter leur disque clair habituel, sont flous grisâtres; les contours vertébraux latéraux ne présentent plus leurs arcades caractéristiques, mais s'estompent en un contour assez irrégulier. On a l'impression, devant ces lésions, d'un mal de Pott évoluant depuis un certain temps; nous estimons, par conséquent, que H... était atteint d'un mal de Pott, latent jusque-là, mais qui s'est révélé le 21 juin au cours du travail.

2° Une autre question doit être immédiatement soulevée : Ce mal de Pott préexistant a-t-il été aggravé ? La réponse ne paraît pas douteuse. H..., qui jusque-là, gagnait sa vie, portant de lourdes charges, est devenu depuis lors un infirme. L'évolution de la maladie a donc été nettement aggravée,

3° Un troisième point reste également à préciser : cette aggravation est-elle imputable au travail ? Un homme atteint de carie vertébrale — présentant par suite un rachis plus fragile — et qui surcharge ce rachis, peut très bien le voir s'effondrer sous le poids qu'il supporte. Evidemment, un homme atteint de mal de Pott, non immobilisé, peut présenter une fracture spontanée de la colonne vertébrale; c'est un cas fréquemment observé; mais n'y a-t-il pas plus de risques pour un pottique d'être exposé à l'effondrement des vertèbres quand, par sa profession, ce malade est soumis journellement à un effort particulièrement dangereux, en raison des lésions osseuses latentes dont il est atteint; et ne peut-on pas, en l'espèce, faire l'hypothèse suivante : si cet homme, au lieu de porter des fardeaux, avait été employé aux écritures, dans un bureau, aurait-il été exposé aux mêmes risques d'effondrement ou de subluxation des vertèbres malades ? Certainement non; aussi nous estimons que l'*aggravation* constatée dans l'état de H... est imputable au métier qu'il exerçait; ces réserves étant faites, nous pouvons conclure :

*Conclusions.* — 1° En raison des circonstaces dans lesquelles se serait produit l'accident du travail invoqué par H..., l'état de celui-ci est la conséquence d'un mal de Pott lombaire en évolution, *independant* de ce travail.

2° Le taux de réduction dans la capacité professionnelle ne peut être établi actuellement, le mal de Pott étant encore en évolution.

3° Par suite, la date de consolidation ne peut, elle non plus être fixée dès maintenant,

Le 18 décembre 1924, le Tribunal Civil de D... rendait l'arrêt suivant :

...Attendu que, dans leur rapport, les experts commis relatent que le jour de l'accident, H... manipulait *comme d'habitude*, des sacs pesant jusqu'à 90 kilogs qu'il n'a fait aucun *effort exceptionnel*, alors qu'il portait au moment même du traumatisme allégué, un sac d'un poids de 50 kilogs, que H... *put rentrer chez lui par ses propres moyens* et revenir l'après-midi prévenir de son impossibilité de continuer son travail; enfin, que *deux jours après* se sont manifestés des signes de *paralysie* des membres inférieurs;

Attendu que les experts concluent à l'existence d'un *mal de Pott* lombaire *préexistant* à l'accident et actuellement en évolution, mal certainement *aggravé*, qu'ils déclarent nettement que cette aggravation est la conséquence, non de l'accident du vingt et un juin 1923, mais du *métier* exercé par le demandeur dont la situation est le résultat d'une affection indépendante du travail;

Attendu qu'aucun fait, aucun phénomène précis n'a été constaté par l'expertise, qui soit de nature à démontrer que, en l'espèce, l'aggravation de la maladie dont H... est atteint, ait une *cause* qui puisse se rattacher à *l'accident* du 21 juin 1923;

Attendu, dès lors, qu'il n'y a pas lieu d'accueillir la demande de H...

Sur les dépens;

Attendu que la partie qui succombe doit les supporter;

Par ces motifs, le Tribunal,

Après en avoir délibéré conformément à la loi;

Statuant en matière sommaire et en premier ressort;

Déclare H... mal fondé en sa demande ;l'en déboute et le condamne aux dépens, lesquels seront recouvrés comme en matière d'assistance judiciaire.

En mai 1925, l'affaire rebondissait. H... faisait appel. Par un arrêt en date du 11 mai, la Cour d'appel de D... rejetait les conclusions et le jugement du Tribunal Civil, en s'appuyant sur ce fait que les experts avaient fait « d'importantes restrictions » dans leurs déclarations et, en *droit,* la Cour infirmait l'arrêt du Tribunal Civil, malgré les conclusions de l'expertise, dans les termes suivants :

1° H... est atteint d'une infirmité permanente partielle;

2° L'incapacité fonctionnelle peut être évaluée à 95 % ;

3° La consolidation peut être comptée à partir de ce jour.

Il est certain que la Cour a été inspirée par des raisons d'ordre moral et humanitaire; par une erreur initiale de diagnostic, on avait laissé espérer au blessé une compensation matérielle, quoiqu'il n'y ait pas eu accident du trvail, exigeant « une cause soudaine, fortuite, anormale et étrangère à l'organisme ».

Pouvait-on, après avoir déclaré à H... : « Votre rachis s'est fracturé pendant votre travail », lui dire : « Vous n'êtes pas un blessé, mais un malade » et l'abandonner à son sort ?

La profession de H... a peut-être favorisé la localisation vertébrale de la tuberculose. Mais alors, il ne peut s'agir d'un « accident du travail ». Peut-être pourrait-on prononcer les mots de « maladie professionnelle ». Mais la législation actuelle ne le permet pas.

La Cour a sans doute voulu, par son arrêt, montrer qu'elle désirait, dans le cas de H..., suppléer à l'œuvre sociale encore très incomplète, du législateur, et voir là « un cas d'espèce » qui ne peut certes pas créer un précédent.

---

## OBSERVATION N° III

(Dr Loisel)

Le vingt et un août 1925, A...., Charles, occupé à couvrir une meule de paille, tomba du haut de l'échelle sur laquelle il se trouvait; il fit ainsi une chute de trois mètres cinquante et tomba la tête la première sur le sol pavé de la cour.

Le certificat médical initial, établi par le Docteur M... constate : « une déviation légère de la colonne vertébrale et des contusions multiples »,

Immobilisé pendant quinze jours au lit par de violentes douleurs dorsales, le blessé se leva ensuite progressivement; toutefois, les douleurs, qui étaient moins vives et non plus continuelles, ne cessèrent jamais totalement, dit A....

A la date du 7 décembre 1925, le Dr M... délivre un certificat dans lequel il déclare que « le blessé présente une consolidation de son traumatisme (incapacité permanente de quatre-vingt pour cent) ».

*Examen du blessé en avril* 1926. — Au point de vue

fonctionnel, A... déclare qu'il a tenté de reprendre son travail, mais que ce fut en vain; il ressent dans la région dorsale des douleurs continuelles, que le repos même de la nuit n'arrive pas à faire disparaître complètement; à l'occasion du moindre travail, ces douleurs s'exacerbent de telle sorte que tout effort demeure interdit.

L'exmen physique révèle, dans son ensemble, chez cet homme, toutes les apparences de la robustesse. Le teint est coloré, la musculature développée.

Toutefois, on note, au niveau du tronc, deux déformations importantes, l'une thoracique, l'autre vertébrale.

*a*) Le thorax est, dans sa partie antérieure et latérale gauche, déformé par une atrophie musculaire considérable des muscles pectoraux; ainsi se trouve créée une asymétrie thoracique prononcée;

*b*) La colonne vertébrale offre à l'examen une double déformation intéressant la région dorsale supérieure, une légère scoliose à convexité gauche; une cyphose étendue de la troisième à la huitième dorsale, créant un « dos rond » à grande courbure, sans saillie angulaire. Cette cyphose est douloureuse spontanément; la percussion à son niveau réveille la douleur, dans un segment limité, intéressant les cinquème et sixième dorsales.

Enfin, on constate de la raideur du rachis, se traduisant par une limitation des mouvements lorsqu'on commande au blessé de fléchir le tronc.

*Diagnostic.* — Nous envisagerons successivement les deux déformations, thoracique et vertébrale, que présente A....

1° *Déformation thoracique.* — Cette déformation, déjà ancienne, bien antérieure à l'accident, est due à une amyotrophie pectorale et à une rétraction costale consécutives à des affections pleurales.

A... a déclaré avoir été atteint, vers 1910, d'une pleurésie gauche; cette affection laissa des traces suffisantes pour empêcher A... d'être, au moment où il passe le conseil de révision, classé dans le service armé; il accomplit son service militaire en 1911-12, dans le service auxilliaire.

Lors de la mobilisation, A... fut maintenu dans ce service auxiliaire et y resta jusqu'en décembre 1916. à cette époque, les nécessités du moment, le firent passer dans le service armé.

En 1917, atteint d'une pleurésie gauche, il fut hospitalisé pendant un mois et demi et obtint ensuite un congé de convalescence de quarante-cinq jours.

En résumé, A... présente une rétraction thoracique gauche, consécutive à des lésions pleurales qui sont elles-mêmes, par leur répétition, l'indice d'un état général suspect.

Actuellement, l'auscultation au niveau de l'hémithorax gauche révèle quelques rares frottements pleuraux.

2° *Déformation vertébrale.* — Elle consiste essentiellement en une cyphose à grande courbure, à laquelle s'ajoute, accessoirement, une légère déviation latérale, une scoliose à convexité gauche.

Cette cyphose est douloureuse spontanément et les douleurs ne disparaissent pas entièrement par le repos; elle est douloureuse à la succution violente au niveau des cinquième et sixième dorsales.

Les douleurs apparurent violentes, immédiatement après la chute survenue le vingt et un août, calmées dans leur intensité par un repos absolu de quinze jours. Elles persistent cependant, diurnes et nocturnes, spontanées et provoquées par le moindre travail.

De quelle nature est cette cyphose douloureuse ?

Les lésions traumatiques du rachis peuvent créer des cyphoses.

L'entorse vertébrale, la fracture isolée d'une apophyse épineuse ou d'une apophyse transverse, la fissure d'un corps vertébral, peuvent créer des syndrômes variés, dont les types cliniques les mieux isolés sont connus sous le nom de cypho-scolioses hystéro-traumatiques et de spondylites traumatiques vraies. Seul, un examen radiographique, joint à une étude clinique minutieuse permet d'affirmer le diagnostic.

Or, à la date du quatorze octobre 1925, soit sept semaines environ après l'accident, A... a été radiographié.

*a*) *Radiographie de face* (vue postérieure) . — Elle montre deux ordres de lésions pathologiques :

1° Une diminution notable de la hauteur des espaces intercostaux droits (surtout du cinquième espace);

2° Autour de l'ombre cardiaque, une ombre périvertébrale faite de taches claires et sombres juxtaposées.

*b*) *Radiographie de profil.* — Cette épreuve ne révèle ni fissure vertébrale, ni fracture, mais un tassement des corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales, dont les limites sont imprécises, floues, avec disparition du cartilage intermédiaire; les corps vertébraux de ces deux vertèbres donnent une image faite de taches plus ou

moins claires, qui se confondent avec des ombres péri-vertébrales.

Cette image remonte au niveau du bord supérieur de la troisième dorsale et comble l'espace prévertébral.

Ces images radiographiques éliminent l'hypothèse d'une fracture vertébrale suivie de tassement ou de déplacement progressif des corps vertébraux : elles traduisent l'existence d'une lésion destructive des corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales, accompagnée de la formation d'un abcès péri-vertébral : il s'agit donc d'*une spondylite infectieuse* et *non traumatique*. .....

Quelle est la nature de cette spondylite ?

L'aspect radiographique des lésions, d'une part, les antécédents du blessé, d'autre part, autorisent à penser qu'il s'agit dune spondylite tuberculeuse ou mal de Pott des cinquième et sixième vertèbres dorsales, en évolution.

Le blessé garde un état général excellent. Nous n'avons pu déceler aucun trouble d'ordre paraplégique. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont normaux; il n'y a d'autre abcès décelable que celui révélé par la radiographie; la rigidité de la colonne vertébrale est minime; il n'y a pas de gibbosité angulaire; mais, souvent, chez l'adulte, le mal de Pott évolue insidieusement, particulièrement lorsqu'il frappe la région dorsale moyenne et intéresse la partie antérieure des corps vertébraux.

La relation entre l'aggravation brusque de cette affection et l'accident du vingt et un août est indéniable; c'est aussitôt après la chute qu'apparurent les douleurs; n'ayant pas rétrocédé, elles interdisent à l'accidenté la reprise de son travail.

*Conclusions.* — 1°. A..., Charles présente, consécuti-

vement à la chute du 21 août 1925, des troubles vertébraux persistants qui ont été, sinon causés directement, en tout cas, certainement *aggravés* par l'accident;

2° Ces lésions, actuellement encore en évolution, interdisent tout travail à l'accidenté; il n'y a donc pas consolidation de la blessure et l'incapacité temporaire du travail se trouve prolongée.

En admettant qu'il se produise une amélioration dans l'avenir, il est imposible de la prévoir actuellement.

NOTE. — Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'elle est accompagnée de témoignages absolument irréfutables, établissant la matérialité de l'accident.

# Les Faits Cliniques

Ce que l'expérimentation n'a pu démontrer, peut-on le demander à la clinique ? Là plus qu'ailleurs, il s'agit d'*interpréter,* non plus des faits objectifs, mais surtout subjectifs.

Tous les auteurs émettent d'ailleurs les doutes les plus formels : « Leur interprétation inexacte tient à deux causes, écrit Lannelongue ; la première réside dans ce fait que les parents rapportent tous sans exception à une origine traumatique, accidentelle, la maladie existante. Le public, et surtout les familles, ne peuvent se résoudre à admettre le développement des affections articulaires sans une cause extérieure ; ils ne sont pas encore faits à l'idée de l'apparition des arthrites tuberculeuses sans une chute, sans un coup qui les fasse naître. Ils vont jusqu'à *nier l'évidence,* c'est-à-dire une démonstration, pour chercher un trauma, qu'on découvre toujours, qui les satisfait pleinement et d'autant mieux que la tuberculose leur inspire de la terreur, qu'ils sont tous élevés dans la croyance qu'elle est incurable et que l'avenir des enfants tuberculeux est compromis.

La seconde raison est bien plus sérieuse que la première.

Nous savons combien le début d'une ostéo-arthrite est lent, torpide, masqué même pour le malade. Le traumatisme se produit alors dans une jointure déjà atteinte, présentant peut-être à ce moment une poussée

plus active qui, en tout cas, ne saurait rétrocéder, et dont la marche paraît, au contraire *accélérée*.

Les raisons données par Lannelongue ont toujours conservé leur pleine valeur.

Si l'on admettait, en effet, que le traumatisme seul fut capable d'appeler au point contusionné les localisations bacillaires et d'y provoquer l'évolution des foyers ainsi créés, ne serait-il pas surprenant de voir chez des phtisiques avérés, les traumatismes les plus graves n'entraîner à leur suite aucune détermination locale de l'infection tuberculeuse, les fractures se consolider normalement et ces faits sont d'observation courante.

Aussi Verneuil et son élève Bonnier, tout en considérant le traumatisme comme une cause provocatrice des tuberculoses locales, estimaient-ils qu'il fallait encore, pour que le traumatisme fut capable de jouer un tel rôle, que le tissu ou l'organe contusionné fut en état d'opportunité morbide. Comme on le voit, il s'agit avant tout, d'une question de *terrain*.

Pour Lannelongue et Achard, il y aurait réalisation des conditions dans les cas de « bacillémie ».

Mais ces auteurs ajoutaient : « Chez les tuberculeux, le sang n'est presque jamais virulent ».

En somme, cela reviendrait à dire que le traumatisme, agissant à distance et plus ou moins loin du foyer tuberculeux originel, ne détermine l'éclosion d'une tuberculose secondaire au point contusionné que lorsque cette lésion y *préexistait* déjà à l'état latent.

Dans son rapport du 31 mai 1921 à l'Académie de Médecine, Aug. Broca n'était pas moins formel. Les tuberculoses osseuses, ne surviennent, d'après lui, que chez des sujets à *tare* préalable, viscérale ou ganglion-

naire. La bacillémie est pratiquement négligeable chez les tuberculeux chroniques. Elle a précisé, à un moment quelconque, la formation du ou des foyers périphériques. C'est toujours un « mouvement habituel », que l'on croit « forcé », ou un de ces petits chocs comme l'on s'en donne tous les jours.

Le plus souvent, c'est un « mouvement professionnel » ordinaire, s'accompagnant d'une douleur qui n'oblige pas à l'interruption immédiate du travail, mais à partir duquel s'accentuent peu à peu souffrance et gonflement.

En 1913, Aug. Broca fit la contre-épreuve, en s'enquérant des suites, chez cinq cents enfants soignés dans son service pour contusions ou entorses diagnostiquées *Aucun* n'a subi d'évolution tuberculeuse locale.

« Quant aux enfants, coxalgiques ou autres, où l'on nous parle de traumatismes, on peut dire que c'est toujours un traumatisme imaginaire; et cependant, aucun intérêt matériel n'est alors en jeu. »

Aug. Broca se trouve donc d'accord avec Lannelongue; il émet les mêmes doutes.

De l'ensemble de ces faits cliniques et expérimentaux, une conclusion se dégage : tous les auteurs émettent les plus grands doutes en ce qui concerne la *localisation* tuberculeuse post-traumatique.

Nous n'avons pu, en ce qui concerne le mal de Pott, trouver un seul cas, une seule observation, dans la littérature médicale, prouvant l'influence *localisatrice* du traumatisme.

(La tuberculose inoculée dans une plaie traumatique ne rentre pas, à proprement parler, dans le cadre des ostéo-arthrites; il s'agit là d'une inoculation directe).

Nombre d'auteurs notent, dans les antécédents de leurs malades atteints de tuberculose vertébrale, des traumatismes plus ou moins importants. Il est un fac-

teur étiologique dont on ne tient pas suffisamment compte, en général, dans ces observations. C'est le facteurs *temps*. Il doit exister une phase silencieuse, une véritable phase de « *méditation* » entre le trauma et l'apparition des lésions.

M. le Docteur Robineau, dans son important rapport de mai 1922 au VII[e] Congrès de médecine légale, considère que cette période silencieuse doit durer quatre semaines dans les formes aigües, huit semaines dans les formes chroniques.

Un délai moindre doit faire considérer le traumatisme comme un simple agent *aggravateur*, et non pas *localisateur*.

# CONCLUSIONS

1° Le mal de Pott traumatique n'existe pas; c'est un mythe. Nous n'avons pu, dans la littérature, en découvrir un cas nettement caractérisé. L'expérimentation conduit à la même conclusion.

Cependant, il paraît établi que de petits traumatismes répétés peuvent provoquer une localisation tuberculeuse vertébrale, dans *certaines* conditions.

Mais alors nous sortons du cadre des « accidents du travail » et les lois actuelles ne permettent pas d'envisager là une « maladie professionnelle » (Obs. II).

2° Un accident du travail peut aggraver un mal de Pott. Il y a des « cas d'espèce ».

En présence d'un mal de Pott aggravé, l'expert doit s'enquérir des conditions dans lesquelles le traumatisme s'est produit, de sa date exacte; l'aggravation post-traumatique peut être immédiate ou tardive (fractures de l'obs. II et de l'obs. III constitutant une aggravation subite).

La difficulté la plus grande réside dans l'établissement de la matérialité de l'accident.

3° Si un mal de Pott se développe ou s'aggrave après un traumatisme, il ne peut être considéré en relation directe avec l'accident que si le premier signe de la tuberculose n'apparaît qu'après une phase de « méditation ».

Dans son rapport d'Amsterdam (Congrès International de Médecine des Accidents du Travail, novembre 1925) Zollinger estime cette phase, pour accepter le rapport de causalité, à *six semaines* au minimum et à *six mois* au maximum.

M. Robineau propose un délai variant de *un mois* à *trois mois.*

4° Broca fait très bien remarquer que la plupart du temps, il ne s'agit que d'un mouvement *normal* dont l'amplitude éveille la douleur et l'impotence secondaire, précisément parce que l'articulation — en l'espèce les vertèbres — était antérieurement lésée (cas de l'abcès de l'obs. I).

5° Si le traumatisme est *certain*, s'il *date* suffisamment, le blessé profitera du doute qui, malgré tout pourrait subsister, mais, dans ce cas, en indemnisant on se basera plutôt sur une raison humanitaire que sur des faits scientifiques, et on ne fera que suppléer à l'œuvre incomplète du législateur (Obs. II).

*Le Doyen,*
ROGER.

VU : *Le Président,*
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie de Paris*
LAPIE.

# BIBLIOGRAPHIE


Balthazard. — Médecine légale.

Bérard. — Tuberculose et accidents du travail.

Bouvier. — Influence du traumatisme sur les affections tuberculeuses (*Th. Paris,* 1876).

Broca (A.). — Quelques étiologies traumatiques imaginaires (*Bulletin chirurg. des accidents du travail. Rapport à l'Académie de Médecine,* 31 mai 1921).

Brouardel. — Tuberculose et traumatisme (*Ann. de médecine légale et d'hyg. publ.,* fév. 1906).

Forgue. — Pathologie externe.

Forpue et Jeanbrau. — Guide du médecin dans les accidents du travail (*Paris* 1909; *Masson, édit.*).

Gallez. — La simulation des traumatismes (*Maloine. Paris,* 1909).

Imbert-Oddo. — Guide pour l'évaluation des incapacités (*Paris, Masson* 1913).

Jeanbrau. — Tuberculoses chirurgicales dans leurs rapports avec les accidents du travail (*XX*e *Congrès de Chirurgie,* 1907).

Koppel. — Tuberculose vertébrale traumatique (*Thèse Munich,* 1907).

Lannelongue. — Leçons de clinique chirurgicale, 1905.

Lannelongue et Achard. — Tuberculose et traumatisme (*Congrès de la tuberculose, Berlin,* 1909).

Mosny. — La tuberculose traumatique et la loi sur les accidents du travail (*Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 26 oct. 1909).

Presse médicale, 6 sept. 1902.

Annales d'hyg. publique et de médecine (juillet 1902).

Le traumatisme, le tuberculeux, et la loi sur les accidents du travail (juillet-août 1902).

Ranabetti. — Contrib. alla tub. traumatica pl. pul. etc. (*Bull. de Soc. Lancisiana d'asped di Roma, t. XXIV, page* 6).

P. Reclus. — Accidents du travail et tuberculose (*Clinique de la Chari'é, Paris* 1909, p. 591, Masson édit.).

Tuberculose et accidents du travail (*Clin. chirurg Hôtel Dieu. Presse Médiacle* 3 *janvier* 1912, N° 1 p. 1).

Redard. — Les accidents du travail et la tuberculose chirur. (*Revue clin. méd. des accid. du travail*, 4e *année* 1er Mars 1911).

Ribera y Sanz. — Traumatisme et tuberculose (*Presse médicale* 13 mai 1911).

Ricard. — Complications des traumatismes in Le Dentu-Delbet (*Paris* 1896, t. II, p. 220).

Robineau. — Rapport au VIIe Congrès de Médecine légale (*Annales de Médecine légale* mai 1922, Baillière éditeurs).

Rodet et Jeanbrau. — Influence du traumatisme artic. sur la local. de la tubercul. chez les lapins tuberculisés par voie digestive (*Acad. des sciences*, 23 déc. 1907).

Sachet. — Traité pratique de législation des accidents du travail (*Paris* 1906; Larose et Tenin, éditeurs).

Salvia. — L'influence du traumatisme de faible intensité sur la localisation de la tuberculose (*Il Poloclinico*) (*Sect. chirurg.* 1904, t. XI, p. 336 et 337).

Scholtz. — Traumatisme et tuberculose (*Breslau* 1872).

M. Schuller. — Recherches expérimentales sur la genèse des arthrites scrofuleuses et tuberculeuses (Stüttgart 1880) (*Enke édit. et Central für Chirurg.*, 26 oct. 1878).

Scieur. — Tuberculose et traumatisme (*Presse médicale*, 12 *mai* 1909).

Thiem. — Des affections chirurgicales chroniques dans leurs relations avec les accidents du travail (*La médecine des accidents du travail*, nov. 1907).

Urban. — Trumatisme et tuberculose (*Moniast, Unfal.* 1899).

Vibert. — Les accidents du travail (*Paris* 1906; Baillière, éditeur).

Villandre. — Tuberculose et traumatisme (*Bulletin chir. des accidents du travail*, 1er sept. 1912).

Villemin. — Tuberculose et traumatisme (*Rapport au Congrès Int. de la tuberculose, Paris*, oct. 1905, t. I, p. 222-239).

Verneuil. — Encyclopédie intern. de chirurgie. Etats constitutionnels et traumatisme (*Mémoire de chirurgie*, t. III et IV, Paris 1886).

Académie des sciences. Microbisme latent (3 août 1886).

Voss. — Etude de statistique clinique sur les tuberculoses dites traumatiques, particulièrement celles des articulations et des os (*Inaug. dissert. Bostock.*, 1903)

Wiener. — Contribution statistique aux affections osseuses et articulaires d'origine traumatique (*Inaug Dissert. Breslau*, 1898, N° 334).